

Marta Malinowska-Cieřlik, Alina Henzel-Korzeniowska,
Elżbieta Ryć

Zastosowanie metody zogniskowanego wywiadu grupowego do skonstruowania kwestionariusza na temat oczekiwań pracodawców wobec kompetencji absolwentów kierunku: zdrowie publiczne

Wprowadzenie: opis metody zogniskowanego wywiadu grupowego

Zogniskowany wywiad grupowy jest szeroko stosowaną metodą jakościową, szczególnie efektywną w badaniach pilotażowych. Wskazuje się na jego zalety jako narzędzia do tworzenia pytań kwestionariuszowych w badaniach sondażowych¹. Zogniskowany wywiad grupowy to rodzaj wywiadu zbiorowego, wykorzystującego procesy grupowe do zebrania spontanicznych wypowiedzi uczestników na temat badanego zjawiska. Celem takich wywiadów, najogólniej mówiąc, jest eksploracja, czyli poznanie i jakościowy opis badanego fragmentu rzeczywistości postrzeganej przez osoby badane. Inaczej mówiąc, badaczowi stosującemu tę metodę bardziej zależy na odpowiedzi na pytanie „co i jak?”, aniżeli – „ile?”. Ważniejsze jest dla niego poznanie różnorodności, a nie ilości określonych opinii czy ocen badanego zjawiska. Pojęcie zogniskowanych wywiadów grupowych, określanych w języku angielskim jako *focus groups interview* na tyle „się zadomowiło” w języku polskim, że przyjęta jest forma spolszczona tej skróconej nazwy metody jako metoda grup fokusowych (od ang. *focus* – skupienie uwagi). Dane uzyskane dzięki zastosowaniu tej metody poszerzają wiedzę i przybliżają zrozumienie przyczyn i mechanizmów postrzegania badanych zjawisk przez grupę docelową.

¹ E. Babbie, *Badania społeczne w praktyce*, Warszawa 2003.

Jakościowe badania mają swój początek i długą tradycję w społecznych badaniach prowadzonych w Stanach Zjednoczonych. Już w latach trzydziestych poprzedniego stulecia pojawiły się pierwsze próby stosowania tej metody na uczelniach amerykańskich, jako metody pomocnej przy konstruowaniu kwestionariuszy. W latach siedemdziesiątych w związku ze wzrostem zainteresowania w naukach społecznych metodami jakościowymi grupy fokusowe stały się bardzo popularne. Wywiady zogniskowane mają zastosowanie przede wszystkim w badaniach marketingowych, ale coraz większą popularność zyskują w badaniu zjawisk leżących w obszarze socjologii, psychologii, polityki czy ekonomii². W Polsce wywiady zogniskowane stały się popularne w badaniach rynku i zachowań konsumenckich po 1989 roku wraz, z rozpoczęciem przemian polityczno-gospodarczych i wprowadzaniem zasad wolnego rynku.

Istotą prowadzonych wywiadów w grupach fokusowych są *dynamiczne interakcje* pomiędzy moderatorem a uczestnikami oraz pomiędzy samymi uczestnikami. Dynamika grupy, sterowana i utrzymywana na odpowiednim poziomie jest tu jednym z podstawowych warunków osiągnięcia zakładanych celów. Chodzi o zebranie jak najbardziej różnorodnych, spontanicznych wypowiedzi uczestników grupy. Na efektywnie odbytą sesję fokusową składają się trzy elementy:

- odpowiednio dobrani uczestnicy,
- doświadczony i kompetentny moderator,
- komfortowe warunki spotkania.

Dobór osób badanych

W wywiadzie zogniskowanym stosuje się celowy dobór uczestników, według ściśle określonej procedury. Kryterium doboru wynika bezpośrednio z celu badawczego grup fokusowych. Liczba osób w każdej grupie powinna się wahać od 8 do 12 uczestników. To optymalna liczba, dzięki której w grupie zachodzą odpowiednie procesy grupowe sprzyjające dyskusji. Jest to też taka wielkość grupy, w której moderator jest w stanie wchodzić w krótkotrwałe interakcje z poszczególnymi uczestnikami, nie tracąc przy tym kontroli nad całością procesu komunikacji i dynamiki w grupie.

Dobór osób do grupy fokusowej powinien być taki, aby gwarantował dwa podstawowe cele³:

1. Stworzenie uczestnikom klimatu sprzyjającego spontanicznym wypowiedziom, swobodnemu wyrażaniu własnych poglądów i opinii.
2. Uzyskanie w ten sposób maksymalnie dużej ilości różnorodnych informacji związanych z celem badawczym.

² D. Maison, *Zogniskowane wywiady grupowe. Jakościowa metoda badań marketingowych*, Warszawa 2001.

³ Tamże.

Wynikają z tego trzy zasadnicze grupy kryteriów selekcyjnych grupy⁴:

- społeczno-demograficzne;
- związane z celem badania;
- inne dodatkowe, sprzyjające tworzeniu przyjaznej atmosfery.

W ramach jednego badania organizuje się przynajmniej 3–5 sesji z grupami fokusowymi, aczkolwiek ostateczna liczba sesji jest efektem kompromisu pomiędzy modelową sytuacją, wynikającą z założeń badawczych, a rzeczywistymi możliwościami organizacyjnymi i finansowymi badania.

Warunki spotkania

Miejsce, w którym są prowadzone wywiady, powinno być neutralne, a zarazem przyjazne dla uczestników. Istotne też jest, aby pora spotkania była dla uczestników optymalna, niezakłócająca im harmonogramu czynności zawodowych lub życia osobistego. Następnym warunkiem sprzyjającym swobodnej dyskusji jest właściwe rozlokowanie uczestników podczas dyskusji. Najbardziej sprzyjającą swobodnej i dynamicznej komunikacji w grupie jest zdecentralizowana struktura typu „okrąg”. Każda osoba ma jednakowe położenie w porównaniu z innymi i uczestnicy mogą bezpośrednio porozumiewać się ze sobą. Osoba moderatora powinna zajmować wyróżnione i nieco wydzielone miejsce. Istotnym elementem w przebiegu sesji dla uczestników grup fokusowych jest poczucie bycia ważną osobą na spotkaniu. W związku z tym należy zadbać zarówno o formułę zaproszenia na spotkanie, jak i powitania, skromny poczęstunek, zaopiekowanie się uczestnikami przed i po sesji w czasie ich pobytu w budynku. Praktykuje się, że uczestnicy otrzymują honorarium za udział w sesji, nawet w postaci symbolicznej. Czas trwania sesji nie powinien być dłuższy niż 90 minut. Zachowanie na poziomie werbalnym i pozawerbalnym uczestników jest obserwowane i rejestrowane, co wynika z założeń metodologicznych wywiadów zogniskowanych. Optymalne jest rejestrowanie zachowania uczestników za pomocą kamery wideo lub przynajmniej dyktafonu. Ponadto wskazane jest, aby podczas sesji byli obecni obserwatorzy, którzy w formie pisemnej odnotowują w arkuszach obserwacji zachowanie werbalne i niewerbalne poszczególnych uczestników. Idealnie jest, jeżeli obserwatorzy odizolowani są od uczestników tzw. lustrem weneckim.

Kompetencje moderatora

Dyskusję w grupie fokusowej prowadzi moderator, którego zadaniem jest prowadzenie spotkania, ukierunkowanie uwagi grupy na określone zagadnienia oraz stworzenie takiej atmosfery, aby uczestnicy chcieli swobodnie, bez lęku i zahamowań wypowiadać się. Nie wystarczy właściwy skład grupy i dobre warunki spotkania. Bez kompetentnego moderatora nie uda się zrealizować celu

⁴ Tamże.

grupy fokusowej, czyli uzyskać jak najlepszego jakościowo materiału do analizy. Moderator powinien mieć następujące kompetencje:

- umiejętność łatwego nawiązywania i podtrzymania kontaktu z grupą,
- umiejętność wzbudzania i sterowania dynamiką grupy,
- umiejętność empatii,
- umiejętność aktywnego i uważnego słuchania,
- umiejętność zachęcania uczestników do wypowiedzi i stosowania odpowiednich wzmocnień,
- umiejętność jednoczesnego kontrolowania zachowania grupy i koncentracji na chwilowej interakcji z jednym uczestnikiem,
- umiejętność radzenia sobie ze zbyt dominującymi osobami w grupie,
- ośmielania osób nieśmiałych i wycofujących się;
- zdolność zadawania pytań i płynne przechodzenie od pytań natury ogólnej do bardziej szczegółowych.

W żargonie trenerów prowadzących treningi interpersonalne określa się, że moderator powinien „czuć” grupę i być „ciepły” w kontakcie z nią. Oprócz doskonałych kompetencji społecznych, szczególnie w zakresie komunikowania się, moderator musi mieć rzetelną wiedzę o procesach grupowych i odpowiednio nimi kierować podczas prowadzenia spotkania. Do tych procesów należą: zjawisko konformizmu grupowego, rywalizacji o pozycję w grupie, przyjmowania i narzucania ról, proces atrybucji w postrzeganiu i interpretowaniu, zjawisko labilności dynamiki grupy itd.

Etapy badania fokusowego

Zogniskowane wywiady grupowe mają swoją ściśle określoną procedurę metodologiczną i przebiegają według ustalonego porządku. Wyróżnia się następujące etapy⁵:

Etap 1. Zdefiniowanie i wyjaśnienie celu badawczego.

Etap 2. Zaplanowanie procesu badania: doboru uczestników, ich ilości oraz czasu i miejsca prowadzenia sesji.

Etap 3. Przygotowanie do badania: rekrutacja uczestników oraz opracowanie scenariusza, który powinien podlegać pilotażowi przed właściwym swym zastosowaniem. Scenariusz nie powinien zawierać konkretnych pytań, jedynie wyznaczać ogólnie kolejne tematy wywiadu. W ramach tego etapu przygotowuje się sprzęt, szkoli obserwatorów oraz opracowuje dodatkowe pomocnicze techniki stosowane w czasie sesji.

Etap 4. Realizacja badania – organizowanie sesji i rejestracja ich przebiegu.

Etap 5. Analiza materiału oraz interpretacja znaczenia zebranych wypowiedzi w nawiązaniu do celu badania.

⁵ Tamże, s. 41.

Etap 6. Opracowanie raportu końcowego na podstawie raportów cząstkowych.

Raport końcowy będzie miał dużą wartość informacyjną o charakterze naukowym, jeżeli analizy i sprawozdania będą przygotowywane systematycznie, a procedury analizy i interpretacji będą rzetelne.

Zalety i ograniczenia metody grup fokusowych

Metoda ta, jak wiele innych metod zbierania informacji na temat wybranego fragmentu rzeczywistości, ma tyle samo zalet co i ograniczeń. Dlatego ważny jest cel, do jakiego stosuje się tę metodę.

Zalety

Główną zaletą grup fokusowych jest to, że badanie przebiega w grupie i wykorzystywane są w nim procesy grupowe do gromadzenia informacji od poszczególnych uczestników.

Dzięki temu można mówić o następujących korzyściach tej metody:

1. Dzięki interakcjom między uczestnikami grupy istnieje większe prawdopodobieństwo przejawiania i zaobserwowania mniej kontrolowanych przez nich zachowań.

2. Zwiększa się spontaniczność wypowiedzi uczestników, ponieważ słyszenie innych sprzyja kreowaniu u siebie nowych idei.

3. Pojawia się większa szansa na osiągnięcie wspólnego konsensusu, ponieważ jednocześnie ścierają się poglądy osób o różnym systemie wartości i z różnym doświadczeniem życiowym.

4. Rywalizacja, która jest naturalnym zjawiskiem w dynamicznej grupie, jeśli nie jest zbyt silna, sprzyja również potrzebie wypowiadania się w sposób oryginalny.

5. Zbieranie informacji ma zaletę w formie oszczędności czasu, co ma niebagatelne znaczenie w planowaniu harmonogramu i kosztów badań. W stosunkowo krótkim czasie uzyskuje się bardzo dużo informacji dzięki rejestracji wypowiedzi i obserwacji komunikacji niewerbalnej poszczególnych osób oraz ich wzajemnych interakcji.

Ograniczenia

Fenomeny społeczne, które istnieją w każdej grupie, są również źródłem wielu niekorzystnych zjawisk, które stanowią mankament metody grup fokusowych.

1. Osoby z niską samooceną, nieśmiałe, mają mniejsze poczucie bezpieczeństwa, obniża to ich spontaniczność i aktywność.

2. Zbyt silna rywalizacja może spowodować koncentrowanie się na pokazaniu siebie w określonej roli i osiągnięciu odpowiedniej pozycji w grupie, a nie na temacie dyskusji. Wpływa również na zachowania pozostałych uczestników wywiadu.

3. Trudniej jest ustalić dokładny czas spotkania niż w indywidualnym wywiadzie. W związku z tym badacz musi bardziej arbitralnie proponować czas spotkania, co może obniżać poziom motywacji potencjalnych uczestników.

4. Istnieje duże ryzyko strat informacji i niewykorzystania potencjału grupy, jeśli moderator prowadzący grupę fokusową jest niekompetentny.

5. Istnieje ryzyko dokonania powierzchownej analizy i utraty wartości informacji pochodzących na przykład z zachowań niewerbalnych uczestników. Informacje zebrane w wywiadzie fokusowym muszą podlegać wnikliwej i rzetelnej analizie oraz weryfikacji zarówno badacza, jak i obserwatorów.

Uzasadnienie zastosowania metody grup fokusowych dla potrzeb badawczych w ramach projektu

Zastosowanie zogniskowanych wywiadów grupowych w opisywanym projekcie wynikało z co najmniej dwóch powodów. Po pierwsze, z właściwości badanego zjawiska, czyli badania oczekiwań potencjalnych pracodawców wobec absolwentów nowego w Polsce kierunku, jakim jest zdrowie publiczne. Skonstruowanie narzędzia badawczego, które umożliwiałoby rzetelny i trafny pomiar oczekiwań tych pracodawców wobec profesjonalnych kompetencji absolwentów kierunku: zdrowie publiczne, jest niemożliwe bez wcześniejszego określenia i poznania wymagań, potrzeb rynku pracy w tym obszarze. Tak więc w pełni uzasadnione jest zastosowanie badawczej metody o charakterze jakościowym, która pozwala na przybliżenie się i poznanie problemu potrzeb i oczekiwań potencjalnych pracodawców wobec absolwentów. Informacje uzyskane z grup fokusowych w istotny sposób przyczyniły się do eksploracji mało poznanego, nowego obszaru, jakim jest zmieniający się i formujący rynek pracy dla tej nowej profesji w Polsce.

Po drugie, grupa badaczy w ramach niniejszego projektu zdecydowała się na zastosowanie wywiadu zogniskowanego z powodów pragmatycznych, które wynikają wprost z właściwości logistyczno-formalnych tej metody, opisanych już wcześniej. Zastosowanie grupy fokusowej do skonstruowania kwestionariusza jako narzędzia w badaniach sondażowych pozwoliło na dużo większą oszczędność czasu i kosztów, niż działoby się to w przypadku indywidualnych wywiadów. Uzyskanie obszernego materiału do analizy jakościowej oraz minimalizacja nakładów w procesie badawczym to ważne kryteria wyboru tej metody.

Opis zastosowanej w badaniu metody zogniskowanego wywiadu grupowego do opracowania pilotażowej wersji kwestionariusza

Cel badania

Cele badania metodą zogniskowanego wywiadu grupowego były następujące:

1. Poznanie rozumienia i definiowania zdrowia publicznego przez przedstawicieli instytucji zidentyfikowanych jako przynależnych do obszaru zdrowia publicznego.
2. Poznanie oczekiwań przedstawicieli instytucji z obszaru zdrowia publicznego wobec profesjonalnych kompetencji, jakimi powinien dysponować absolwent kierunku: zdrowie publiczne jako ich potencjalny pracownik.

Organizacja badań: dobór osób do badania, czas i miejsce badania

Od listopada 2001 roku do stycznia 2002 roku przeprowadzono zogniskowane wywiady grupowe na ogólnej grupie 53 osób, reprezentujących sektory przynależne do infrastruktury zdrowia publicznego w Polsce. Uczestnicy badania byli zapraszani telefonicznie do udziału w wywiadzie. Dobór uczestników do grup był celowy. Podstawowe kryterium selekcyjne różnicujące grupy stanowiła kategoria organizacji, z których pochodzili uczestnicy. Jedną grupę reprezentował jeden typ organizacji należący do infrastruktury zdrowia publicznego w Polsce. Następnym kryterium selekcyjnym, wspólnym dla wszystkich grup, był rodzaj zajmowanego stanowiska oraz lokalizacja organizacji. W badaniu brały udział osoby z instytucji zlokalizowanych na terenie południowej Polski. Były to osoby zajmujące stanowiska zarządcze lub kierownicze, odpowiedzialne i podejmujące decyzje w zakresie rekrutacji i kariery pracowników w swojej organizacji. Wywiady były rejestrowane. W trosce o dokładny zapis, wywiady były nagrywane na dyktafonach oraz na kamerze wideo. Ponadto zachowanie werbalne i niewerbalne uczestników zapisywali obserwatorzy wypełniający arkusze obserwacyjne. Jedna sesja trwała około 90 minut. Sesje prowadzone były na terenie Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ w Krakowie.

W celu przetestowania scenariusza i procedury wywiadu zorganizowano jedną sesję z przedstawicielami sektora świadczeniodawców w ochronie zdrowia.

Grupa badana

Wywiady przeprowadzono w 8 grupach zróżnicowanych ze względu na reprezentowany sektor w obszarze zdrowia publicznego. We wszystkich grupach uczestniczyły 53 osoby. Badane grupy reprezentowały następujące sektory:

- 1) świadczeniodawcy (8 osób),
- 2) płatnik: kasy chorych (6 osób),

- 3) pomoc społeczna (6 osób),
- 4) administracja samorządowa i rządowa (9 osób),
- 5) organizacje pozarządowe (6 osób),
- 6) inspekcja sanitarna (4 osoby),
- 7) edukacja/ořwiata (8 osób),
- 8) firmy farmaceutyczne (6 osób).

W grupie przedstawicielei firm farmaceutycznych przeprowadzono telefoniczne wywiady indywidualne. Dla celów tego opracowania grupę: „administracja” potraktowano całościowo, chociaż w rzeczywistości odbyto jeden zogniskowany wywiad grupowy z przedstawicielami administracji samorządowej oraz dwa telefoniczne wywiady indywidualne z osobami reprezentującymi instytucje administracji rządowej.

Przebieg badań

Spotkanie podzielone było na trzy etapy: etap wstępny, tzw. rozgrzewka, etap zasadniczy oraz etap końcowy.

Pierwszy etap – tzw. rozgrzewka

Aby wprowadzić uczestników spotkania w tematykę profesjonalnych kompetencji, zastosowano skojarzeniową technikę zdań niedokończonych. Następne zastosowano grupowe ćwiczenie projekcyjne oparte na metaforze wykorzystanej do opisu kompetentnego pracownika. Aby zapoznać się z rozumieniem zdrowia publicznego przez uczestników wywiadów, proszono ich o zdefiniowanie tej dziedziny z perspektywy ich dořwiadczenia zawodowego. W podsumowaniu uzgadniano wspólną dla wszystkich uczestników sesji definicję zdrowia publicznego.

Drugi etap – część zasadnicza

Aby zapoznać się z oczekiwaniami wobec profesjonalnych kompetencji absolwentów kierunku: zdrowie publiczne, moderator zadawał dwa otwarte pytania. Pierwsze pytanie dotyczyło przydatności absolwentów wymienionego kierunku w pracy w ich organizacjach, drugie – kompetencji, które, zdaniem uczestników, byłyby ważne i potrzebne w ich organizacjach. Następnie moderator prezentował opracowaną przez zespół badawczy listę profesjonalnych kompetencji absolwentów. Prosił uczestników o ich ocenę, weryfikację i uzupełnienie. Praca nad listą kompetencji służyła zebraniu ocen, opinii, informacji na temat prezentowanych kompetencji oraz uzupełnieniu o kompetencje brakujące na liście, a wymagane i wysoko cenione przez uczestników wywiadów kompetencji absolwentów omawianego kierunku jako pracowników ich organizacji.

Trzeci etap – część końcowa

W końcowej części wywiadu moderator prosił uczestników o podzielenie się swoimi opiniami i uwagami dotyczącymi tematyki spotkania. Ponadto moderator pytał o aspekty organizacyjne planowanego badania sondażowego techniką ankiety pocztowej. Pytał uczestników o to, ile czasu mogliby poświęcić na przeczytanie i uzupełnienie kwestionariusza oraz co mogłoby ich zachęcić do wypełnienia i odesłania z powrotem takiego kwestionariusza.

Wyniki

Definicja zdrowia publicznego

W większości badani podkreślali interdyscyplinarny charakter zdrowia publicznego. Obszar zdrowia publicznego wiązali z innymi dziedzinami, takimi jak: promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, prewencja chorób, zdrowie środowiskowe, higiena i epidemiologia, zarządzanie i organizacja ochrony zdrowia czy zdrowotna polityka społeczna. Wskazywano, że na zdrowie publiczne składa się ocena stanu zdrowia społeczeństwa mierzona różnymi wskaźnikami zdrowotnymi, jak też realizowanie programów zdrowotnych na rzecz poprawy tego zdrowia. Zdrowie publiczne definiowano jako stan dobra społecznego, do którego osiągnięcia dąży się poprzez określone działania w sferze zdrowotnej polityki społecznej. Ponadto zdrowie publiczne często rozumiano jako kierunek przygotowujący do roli liderów społecznych lub w instytucjach reprezentowanych przez uczestników wywiadów. Uczestnicy wywiadu często określali zdrowie publiczne w dwóch aspektach, jako teorię i praktykę.

Kompetencje pracownika instytucji obszaru zdrowia publicznego

Analizując spontaniczne wypowiedzi uczestników, dotyczące charakterystyki kompetentnego pracownika, uzyskane w czasie ćwiczenia projekcyjnego przy zastosowaniu metafory, istotne znaczenie przypisywano następującym cechom: sile, intuicji, fachowości, wiedzy, doświadczeniu, odporności psychicznej, solidności i niezawodności, radzeniu sobie ze zmianami, ze stresem, a także odpowiedniej prezencji. Najczęściej wymieniane cechy i umiejętności kompetentnego pracownika to:

- odpowiedzialność i samodzielność,
- wiarygodność, lojalność,
- solidność i rzetelność,
- kreatywność,
- samokształcenie,
- elastyczność w działaniu,
- umiejętności przywódcze i organizacyjne,

- skuteczne komunikowanie się z innymi,
- umiejętność pracy w zespole,
- rozwiązywanie konfliktów,
- odporność na stres,
- wiedza specjalistyczna, fachowość,
- znajomości systemu i przepisów prawa.

Niemniej, uczestnicy wywiadów podkreślali, że wymagane kompetencje będą się różnić w zależności od zajmowanego przez absolwenta stanowiska i zakresu jego obowiązków. Tabela 1 przedstawia charakterystykę idealnego kandydata na pracownika, w zależności od reprezentowanych przez uczestników typu instytucji/sektora w zdrowiu publicznym.

Tabela 1

Charakterystyka kompetentnego pracownika w odniesieniu do różnych sektorów w zdrowiu publicznym

Grupa	Charakterystyka kompetentnego pracownika
Świadczeniodawcy	<ul style="list-style-type: none"> – umiejętności przywódcze, menedżerskie, – umiejętność adekwatnej oceny sytuacji, – świadomość własnych możliwości i możliwości innych, – zdolność pozyskiwania zasobów, – podejmowanie ryzyka, – znajomość przepisów prawa, – możliwość wywierania nacisku (wpływu), – szeroka wiedza z zakresu zdrowia publicznego.
Płatnik	<ul style="list-style-type: none"> – umiejętność szybkiego uczenia się, – niezawodność, – odpowiednia prezencja, – łatwość posługiwania się zmieniającymi się przepisami prawnymi.
Pomoc społeczna	<ul style="list-style-type: none"> – sumienność, zdyscyplinowanie, uczciwość, – wysoka etyka zawodowa, – elastyczność w działaniu, – umiejętność komunikowania się, – umiejętność planowania własnej pracy, – umiejętność dostrzegania i oceny potrzeb specyficznych grup, – umiejętność wdrażania rozwiązań, – odporność na stres.
Administracja (rządowa i samorządowa)	<ul style="list-style-type: none"> – kreatywność, elastyczność, – umiejętność współpracy z massmediami, – umiejętność szybkiego, skutecznego reagowania, – umiejętność analizy i syntezy danych statystycznych, – wiedza z zakresu ekonomii i prawa, – umiejętność monitorowania i oceny, – umiejętność koordynacji działań z zakresu promocji zdrowia.
Organizacje pozarządowe	<ul style="list-style-type: none"> – wysoka etyka zawodowa, – nastawienie na pomaganie ludziom, – fachowość, znajomość systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej, – umiejętności organizacyjne i pozyskiwania funduszy, – umiejętności zarządzania i koordynowania projektami społecznymi, – umiejętności przywódcze.

Tabela 1 cd.

Inspekcja sanitarna	<ul style="list-style-type: none"> – rzetelność, bezkonfliktowość, elastyczność, – fachowa, specjalistyczna wiedza i umiejętności (pomiar, przeliczenia), – umiejętność wykorzystywania wiedzy w praktyce, – znajomość przepisów, – umiejętność obsługi komputera, pisanie decyzji i protokołów, – umiejętność poszukiwania informacji, samokształcenia, – umiejętność obiektywnej oceny faktów, – umiejętność radzenia sobie ze stresem.
Edukacja/oświata	<ul style="list-style-type: none"> – lojalność, – silna motywacja i zaangażowanie w pracę, – przygotowanie merytoryczne, – empatia, – poczucie własnej wartości, – umiejętności interpersonalne, – autorefleksja nad swoim postępowaniem.
Firmy farmaceutyczne	<ul style="list-style-type: none"> – umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktu, – samodyscyplina, – umiejętność radzenia sobie ze stresem, – umiejętność planowania pracy, stawiania priorytetów, – umiejętność prezentacji, – umiejętność pracy w zespole, – kreatywność, – umiejętność współpracy ze środowiskiem medycznym i naukowym.

Analiza wypowiedzi na temat przydatności absolwentów kierunku: zdrowie publiczne w reprezentowanych przez uczestników instytucjach pokazuje, że najczęściej wskazywano na możliwości zatrudnienia takich absolwentów na stanowiskach związanych z promocją zdrowia i edukacją zdrowotną, zarządzaniem i administracją w ochronie zdrowia, analizą i opracowywaniem danych statystycznych lub w marketingu. Jednak badani zastrzegali się, że ich wiedza o programie kształcenia na kierunku: zdrowie publiczne jest niepełna. Przy założeniu o odpowiednim poziomie wiedzy specjalistycznej podkreślano, że absolwenci mogliby szybko osiągnąć wysokie pozycje w ich organizacjach.

Ocena listy profesjonalnych kompetencji absolwentów kierunku: zdrowie publiczne

W drugiej części wywiadu uczestnicy oceniali i weryfikowali opracowaną przez zespół badaczy listę 67 profesjonalnych kompetencji absolwenta kierunku: zdrowie publiczne. Uczestnicy oceniali każdą z kompetencji przez przypisanie jej następujących ocen:

- ++ jako bardzo ważna
- + jako ważna
- ? jako kompetencja, wobec której nie mają określonego zdania, trudno jest im ją ocenić
- jako kompetencja nieważna, nieistotna

W celu uzyskania listy rankingowej kompetencji każdej z ocen przypisano następujące wartości liczbowe: $(++) = 2$, $(+) = 1$, $(?) = 0$, $(-) = -1$

Ponadto kompetencje, o które w wyniku konsensusu grupy uzupełniano listę, traktowano jako kompetencje wysoko cenione przez uczestników wywiadów.

Poniższa lista pokazuje kompetencje, które uzyskały w ocenie wartość powyżej 1,5, co znaczy, że zostały uznane za bardzo ważne przez co najmniej ponad połowę uczestników spotkań. Są to następujące kompetencje:

1. Gotowość podejmowania odpowiedzialności, świadomość konsekwencji własnych działań, silne poczucie zaangażowania.

2. Umiejętność pracy w niesprzyjających okolicznościach, radzenie sobie ze stresem i zdenerwowaniem.

3. Samodyscyplina, czyli umiejętność właściwego wykonywania zadań bez nadzoru, dotrzymywania terminów.

4. Zdolność dostosowania się do zmian, np. do zmiany stanowiska pracy, zmian w harmonogramie pracy, strukturze instytucji itp.

5. Umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktów oraz współpracy z innymi, w tym umiejętność rozwiązywania konfliktów, skutecznego komunikowania się.

6. Umiejętność negocjowania w celu znalezienia właściwych rozwiązań, zarówno w grupie współpracowników, jak i z klientów (scenariusz działań, w których żadna ze stron nie przegrywa).

7. Umiejętność przekonywania, właściwego argumentowania.

8. Zdolność dotrzymywania terminów, konsekwencja w realizacji celów.

9. Umiejętność określania priorytetów zawodowych.

10. Gotowość do podejmowania działań na rzecz realizacji wspólnych celów, umiejętność przyjmowania właściwej roli w zespole, dzielenia się wiedzą i doświadczeniem.

11. Zdolność wysłuchania klienta i działania na rzecz jego dobra, niezależnie od jego poglądów, przekonań, wyglądu, stylu ubierania się itd.

12. Kreatywność, czyli umiejętność niekonwencjonalnego myślenia.

13. Dyspozycyjność.

14. Umiejętność planowania i rozwoju własnej kariery zawodowej, czyli zdobywanie nowych umiejętności zawodowych, rozszerzanie zakresu posiadanych kompetencji, samokształcenie.

15. Umiejętność planowania pracy zespołu lub budowania i realizacji programu, czyli konstruowanie harmonogramów pracy, budżetów i wykorzystanie dostępnych środków.

16. Zdolność wykorzystania mediów do rozpowszechnienia wartości, celów, priorytetów i misji zdrowia publicznego wśród ciał ustawodawczych i wykonawczych, organizacji społecznych innych podmiotów, w celu ułatwienia zmian prowadzonej polityki społecznej zwłaszcza na szczeblu lokalnym.

17. Umiejętność stosowania zasad racjonalnego podziału pracy, delegowania uprawnień oraz/lub realizacji zadań zleconych.

18. Umiejętność planowania strategicznego, czyli określania celów i kierunków działania.

Uczestnicy wywiadów wielokrotnie podkreślali, że pełniejszej oceny i wskazania najważniejszych kompetencji trudno dokonać, nie będąc skoncentrowanym na określonym, konkretnym stanowisku. Dlatego najwyższe oceny uzyskały te kompetencje, które uczestnicy uznali za „uniwersalne”, związane z postawą oraz społeczne kompetencje bardziej niż specjalistyczne umiejętności.

Warto wspomnieć, że najniższe oceny uzyskały kompetencje związane z umiejętnościami prowadzenia badań naukowych, przygotowywania projektów badawczych i formułowania hipotez naukowych.

Podsumowanie

Przeprowadzone wywiady pozwoliły poznać oczekiwania wobec absolwentów kierunku: zdrowie publiczne i wymagania pracodawców instytucji obszaru zdrowia publicznego. Jednocześnie wskazały na szereg problemów i trudności, które były uwzględnione w dalszych etapach badania, opracowywania kwestionariusza ankiety. Oto niektóre z nich:

- brak wiedzy uczestników wywiadów na temat programu studiów na kierunku zdrowie publiczne;
- trudności w określaniu kompetencji pracownika w oderwaniu od konkretnego stanowiska, czyli roli, zakresu odpowiedzialności czy pozycji w organizacji;
- trudności w formułowaniu odpowiedzi na niejasno i nieprecyzyjnie sformułowane pytania, gdzie intencja twórców pytania rozmięła się z jej interpretacją przez osoby badane;
- trudności w formułowaniu odpowiedzi na pytania odnoszące się do złożonych kompetencji lub wielu aspektów jednej kompetencji;
- negatywna ocena długości i czasochłonności w weryfikowaniu przedstawionej do oceny listy kompetencji.

Wywiady pozwoliły lepiej przygotować procedurę badania sondażowego przy zastosowaniu pocztowej ankiety. Można stwierdzić, że zastosowana metoda zogniskowanego wywiadu grupowego pozwoliła poznać problemy związane z planowanym badaniem i ukierunkować dalsze jego etapy. Dzięki temu okazała się bardzo użyteczna w konstruowaniu pilotażowej wersji kwestionariusza jako narzędzia do badania oczekiwań rynku pracy wobec absolwentów kierunku: zdrowie publiczne.

Bibliografia

1. Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M., *Psychologia społeczna*, Poznań 1997.
2. Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*, Warszawa 2003.
3. Balcerzak B., *Pożądane profesjonalne kompetencje absolwenta studiów magisterskich na kierunku zdrowie publiczne, jako potencjalnego pracownika Państwowej Inspekcji Sanitarnej w opiniach dyrektorów powiatowych stacji sanepid*, „Zdrowie Publiczne”, 2002, 112 (2), 273–278.
4. Bik B., *Oczekiwania dotyczące profesjonalnych kompetencji absolwenta kierunku zdrowie publiczne jako pracownika instytucji edukacji*, „Zdrowie Publiczne”, 2002, 112 (2), 279–281.
5. Brzeziński J., *Metodologia badań psychologicznych*, Warszawa 1996.
6. Dukaczewska-Nałęcz A., *Zogniskowane wywiady grupowe-jakościowa technika badawcza* [w:] H. Domański, K. Lutyńska, A.W. Rostocki (red.), *Spojrzenie na metodę. Studia z metodologii badań socjologicznych*, Warszawa 1999, 149–160.
7. Henzel-Korzeniowska A., Malinowska-Ciešlik M., *Jakościowe badanie oczekiwań i preferencji pracodawców infrastruktury zdrowia publicznego w Polsce dotyczące profesjonalnych kompetencji absolwenta zdrowia publicznego*, „Zdrowie Publiczne”, 2002, 112 (2), 248–252.
8. Henzel-Korzeniowska A., *Oczekiwania dotyczące profesjonalnych kompetencji absolwenta zdrowia publicznego jako pracownika firmy farmaceutycznej*, „Zdrowie Publiczne”, 2002, 112 (2), 282–287.
9. Kowalska-Koprowska I., *Wyniki badania oczekiwań dotyczących profesjonalnych kompetencji absolwenta zdrowia publicznego jako pracownika zatrudnionego w sektorze administracji samorządowej*, „Zdrowie Publiczne”, 2002, 112 (2), 260–263, 264–266.
10. Maison D., *Zogniskowane wywiady grupowe. Jakościowa metoda badań marketingowych*, Warszawa 2001.
11. Malinowska-Ciešlik M., *Oczekiwania i preferencje przedstawicieli organizacji pozarządowych dotyczące profesjonalnych kompetencji absolwenta zdrowia publicznego jako pracownika tych organizacji*, „Zdrowie Publiczne”, 2002, 112 (2), 288–290.
12. Mokrzycka A., *Wyniki przeprowadzenia badania oczekiwań dotyczących profesjonalnych kompetencji absolwenta zdrowia publicznego jako pracownika zatrudnionego przez świadczeniodawców. Badanie pilotażowe*, „Zdrowie Publiczne”, 2002, 112 (2), 252–255.
13. Przewoźniak L., *Oczekiwania dotyczące profesjonalnych kompetencji absolwenta kierunku zdrowia publicznego jako pracownika instytucji pomocy społecznej*, „Zdrowie Publiczne”, 2002, 112 (2), 291–292.
14. Ryś E., *Wyniki ocen profesjonalnych kompetencji dokonanych przez przedstawicieli instytucji zdrowia publicznego*, „Zdrowie Publiczne”, 2002, 112 (2), 267–272.
15. Szustrowa T., *Swobodne techniki diagnostyczne. Wywiad i obserwacja*, Warszawa 1987.